

Analisis Penyusunan *Patient Safety Phatway* Coronary Artery Disease (CAD) Pro Percutaneous Coronary Intervention (PCI) di Instalasi Brain and Heart Centre RS Dr. Moh. Hoesin Palembang Tahun 2015

Analysis of Patient Safety of *Phatway* Coronary Artery Disease (CAD) Pro Percutaneous Coronary Intervention (PCI) in Dr. Moh. Hoesin Palembang Hospital, Year 2015

Harjito

Program Studi Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat
Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

*Email: harjitorsmh84@gmail.com

ABSTRAK

Penelitian ini membahas tentang penyusunan *patient safety phatway* Coronary artery Disease (CAD) pro Percutaneous Coronary Intervention (PCI) di Instalasi Brain and Heart Centre RS dr. Moh. Hoesin Palembang. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik dengan observasi melalui pendekatan *Cross Sectional* dengan wawancara mendalam terhadap tenaga admisi, perawat dan dokter. Hasil penelitian menyarankan khususnya Komite mutu dan keselamatan pasien Rumah sakit perlu lebih meningkatkan dan mengembangkan program patient safety dengan membuat *Patient safety Pathway* khususnya penyakit yang terbanyak, memiliki resiko yang tinggi dan memiliki biaya yang mahal. dan membentuk kelompok kerja untuk mengevaluasi pelaksanaan penerapan patient Safety di Rumah Sakit.

Kata kunci: *patient safety pathway*.

ABSTRACT

This study discusses the preparation of patient safety phatway Coronary artery disease (CAD) pro Percutaneous Coronary Intervention (PCI) in the Installation Brain And Heart Centre dr. Moh. Hoesin Palembang. Research a descriptive analytic with cross sectional observation through depth interviews with admissions personnel, nurses and doctors The results of research suggest especially the Committee on quality and patient safety Hospitals need to further improve and develop a patient safety program to make safety Patient Pathway most particularly diseases, have a high risk and has cost expensive. and established a working group to evaluate the implementation of the application of patient safety in hospitals

Keywords: *patient safety pathway*.

PENDAHULUAN

Pelayanan kesehatan merupakan hak bagi setiap orang yang telah dijamin oleh Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945 yang harus dapat diwujudkan dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, untuk dapat mencapai derajat kesehatan setinggi-tingginya pemerintah ikut bertanggungjawab atas ketersediaan lingkungan, tatanan, fasilitas kesehatan baik fisik

maupun sosial serta penyelenggaraan kesehatan seperti yang tertuang dalam undang – undang kesehatan no. 36 tahun 2009.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara bertanggung jawab, aman, bermutu, serta merata dan juga nondiskriminatif, pelayanan kesehatan pada dasarnya adalah untuk menyelamatkan pasien sesuai dengan yang diucapkan Hipocrates kira-kira 2400 tahun yang lalu yaitu *primum, non nocere* (first,

do no harm) dengan semakin berkembangnya ilmu dan teknologi pelayanan kesehatan - khususnya di rumah sakit - menjadi semakin kompleks dan berpotensi terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan (KTD/ *adverse event*) apabila tidak dilakukan dengan hati-hati, pelayanan kesehatan yang aman bagi masyarakat

Sejak bulan November 1999 American Hospital Association (AHA) telah mengidentifikasi bahwa penerapan keselamatan pasien merupakan suatu prioritas yang strategis. Pada tahun 2000 Institute of Medicine, Amerika Serikat melaporkan bahwa terdapat sekitar 3-16% kejadian yang tidak diharapkan dalam pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit. Pada tahun 2004 WHO menindaklanjuti dari penemuan ini dengan mencanangkan *World Alliance for Patient Safety*, program bersama dengan berbagai negara untuk meningkatkan keselamatan pasien di rumah sakit.

Menurut hasil penelitian yang dilakukan Mustikawati (2011) menyebutkan laporan insiden keselamatan pasien di berbagai provinsi 2007 ditemukan di DKI Jakarta 37,9 %, Jawa Tengah 15,9 %, DIY 13,8 %, Jawa Timur 11,7 %, Sumatera Selatan 6,9 %, Jawa Barat 2,8 %, Bali 1,4 %, Aceh 10,7 %, Sulawesi Selatan (0,7 %). Walaupun data ini telah ada secara umum di Indonesia, catatan pelaporan insiden keselamatan pasien di rumah sakit belum dikembangkan secara menyeluruh oleh semua rumah sakit sehingga catatan pelaporan insiden keselamatan pasien masih sangat terbatas

Keselamatan pasien rumah sakit menurut Permenkes no. 1691 tahun 2011 adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh berbagai kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

Petugas kesehatan baik dokter maupun yang lain merasa enggan atau menutup-nutupinya dalam membicarakan kesalahan atau cedera medis karena takut akan tuntutan hukum bila diketahui oleh orang

lain, sehingga akan menutup rapat bila terjadi suatu kesalahan atau cedera medis yang terjadi.

Adanya kebiasaan menyalahkan terhadap individu yang berbuat salah dan ketakutan akan tuntutan hukum mengakibatkan para petugas kesehatan tidak pernah belajar dari kesalahan yang telah terjadi. Hal ini mengakibatkan juga suatu kejadian tidak diharapkan (KTD) tidak pernah dilaporkan dan dibahas bersama, bila pun ada hanya mencari kesalahan bukan mencari pemecahan mengapa dan bagaimana kesalahan tersebut terjadi (Cahyono, 2012)

Penerapan keselamatan pasien di Rumah Sakit ditegaskan dengan dikeluarkannya Peraturan Menteri Kesehatan no. 1691 tahun 2011 tentang keselamatan pasien Rumah Sakit dan sebelumnya telah di buat Kepmenkerkes Nomor 496/Menkes/SK/IV/2005 tentang Pedoman Audit Medis di Rumah Sakit, yang tujuan utamanya adalah untuk tercapainya pelayanan medis prima di rumah sakit yang jauh dari medical error dan memberikan keselamatan bagi pasien di Rumah sakit.

Proses keselamatan pasien di Rumah Sakit telah dimulai sejak pasien masuk rumah sakit sampai pasien pulang, hal ini menunjukkan bahwa setiap langkah dan tindakan, perawatan, pengobatan yang diberikan mengacu pada sistem dan prosedur yang diawasi secara ketat dan terpadu, oleh sebab itu sistem yang terpadu dan profesional dalam penerapan keselamatan pasien ini akan mengurangi terjadinya kejadian yang tidak diinginkan. Hal ini diperlukan suatu alat mekanisme evaluasi penilaian risiko untuk dapat mendeteksi terjadinya kesalahan aktif (*active errors*) dan laten (*latent/system errors*) dalam menjaga serta meningkatkan keamanan dan keselamatan pasien berupa suatu prosedur tindakan atau protokol tindakan sesuai dengan sasaran keselamatan pasien Rumah Sakit sesuai dengan peraturan Menteri Kesehatan no. 1691/menkes/Per/VIII/2011 yang mewajibkan bahwa setiap Rumah Sakit untuk mengupayakan pemenuhan sasaran keselamatan pasien yang meliputi tercapainya 6 (enam) hal sebagai berikut : Identifikasi pasien dengan tepat, tingkatkan komunikasi yang efektif, tingkatkan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high-alert*), pastikan tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi, mengurangi resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan dan pengurangan resiko pasien jatuh.

Penyakit jantung koroner merupakan jenis penyakit jantung terbanyak di Instalasi *Brain And heart Centre* dengan jumlah pada tahun 2014 sebesar 6.962 terdiri dari 247 dengan *ST-Elevasi Miocard Infark* (STEMI), 1890 dengan *Non ST-Elevasi Miocard Infark* (NSTEMI) dan 4825 dengan stabil angina. Data penyakit terbanyak yang menimbulkan kematian di Ruang rawat inap Instalasi *Brain And Heart Centre* adalah akut NSTEMI dengan jumlah 23 pada tahun 2014 mengalami kenaikan sebesar 0,26% yang sebelumnya berjumlah 17 pada tahun 2013 (Medical record RSMH 2014).

Coronary Artery Disease (CAD) merupakan Sindroma koroner akut yang ditandai dengan nyeri dada khas infark tanpa disertai dengan peningkatan segmen ST pada temuan Elektrokardiografi (EKG), hal inilah yang memerlukan penegakkan diagnosa dan penanganan yang tepat serta sesuai dengan standar keselamatan pasien.

Rumah Sakit sebagai instansi pelayanan kesehatan yang harus memberikan rasa aman terhadap pasien terhadap suatu kejadian yang tidak diharapkan yang kejadiannya sendiri terjadi di lingkungan rumah sakit, oleh karena itu Rumah Sakit harus selalu meningkatkan mutu pelayanan dan memastikan keamanan pasien. untuk memastikan kermanan pasien tersebut maka perlu dibuat suatu konsep pelayanan yang mencakup seluruh kegiatan pencapaian 6 sasaran keselamatan pasien di Rumah Sakit yang dijalani pasien sejak awal masuk sampai keluar Rumah Sakit. Konsep pelayanan tersebut dibuat dalam bentuk pathway yang dengan rinci dan mendetail menggambarkan kegiatan penerapan keselamatan pasien.

Belum adanya pathway untuk *patient safety* khususnya untuk penyakit CAD tersebut terutama yang dilakukan *Percutaneous Coronary Intervention (PCI)* maka penulis tertarik untuk mengetahui lebih dalam mengenai penyusunan pathway terhadap patient safety penyakit CAD pro PCI di Instalasi *Brain And Heart Centre* yang sebagai Instalasi unggulan RS dr. Mohammad Hoesin dibidang pelayanan penyakit jantung.

TINJAUAN PUSTAKA

Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan no 1691 tahun 2011 pasal 8 menjelaskan bahwa setiap rumah sakit

wajib mengupayakan pemenuhan sasaran keselamatan pasien, mengacu kepada *Nine Life-Saving Patient Safety Solutions* dari WHO mengenai patient Safety (2007) yang digunakan oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit PERSI (KKPRS PERSI) dan dari *Joint Commission International (JCI)*. Sasaran keselamatan pasien merupakan syarat untuk diterapkan di semua Rumah Sakit, diantaranya adalah:

- Sasaran I: Identifikasi pasien dengan tepat
- Sasaran II: Tingkatkan komunikasi yang efektif
- Sasaran III: Tingkatkan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high-alert*)
- Sasaran IV: Pastikan tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi
- Sasaran V: Kurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan
- Sasaran VI: Kurangi risiko pasien jatuh

METODE PENELITIAN

Penelitian ini adalah penelitian deskriptif analitik dengan melakukan observasi. Adapun pendekatan yang digunakan adalah kualitatif observasi disertai wawancara mendalam untuk mendapatkan kejelasan suatu aktifitas pelayanan yang dilakukan dalam penerapan keselamatan pasien *Coronary artery Disease (CAD) pro Percutaneous Coronary Intervention (PCI)* berdasarkan Standar keselamatan pasien, dan divalidasi dengan hasil dokumentasi di dalam rekam medis. Pada penelitian ini diawali dengan melakukan pengamatan terhadap petugas medis, non medis dan administrasi dalam menerima pasien mulai dari pasien masuk melalui rawat jalan, pasien dirawat hingga pasien pulang sembuh. penelitian ini melibatkan juga tenaga kesehatan (perawat atau dokter) untuk membantu dalam penelitian namun tidak diketahui oleh informan. Hal ini dilakukan untuk mengurangi bias dalam hasil penelitian.

Setelah data dari hasil observasi dan wawancara secara langsung telah terkumpul, maka tahap berikutnya adalah melihat dokumen/ catatan dalam rekam medis mengenai tindakan yang telah dilakukan, data dari hasil pengamatan langsung, wawancara dan rekam medis dicatat dalam formulir isian tindakan penerapan *Patient Safety*. data formulir isian tindakan penerapan patient safety dimasukkan dalam ceklist kegiatan utilisasi, data dari pengamatan langsung yang telah dilakukan *checklist* dianalisa sesuai 6 sasaran keselamatan pasien di setiap ruangan yang kemudian dimasukkan

dalam format *Patient safety Pathway*, melakukan penyusunan *Patient safety Pathway*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini dilaksanakan berdasarkan masuknya pasien dengan *Coronary arteri Disease (CAD)* yang akan dilakukan tindakan *Percutaneous Coronary Intervention (PCI)* di ruang *Catheterization Laboratory* Instalasi *Brain And Heart Centre* RS Mohammad Hoesin Palembang. Data yang diperoleh berdasarkan dari observasi langsung, wawancara dan data sekunder dari buku registrasi di ruang poliklinik rawat jalan, perawatan kelas, CVCU, ruang *Cathlab* di Instalasi *Brain And Heart Centre*.

Setelah proses pengumpulan data kemudian dilakukan pencatatan identitas dan kegiatan petugas kesehatan dalam menerapkan enam sasaran keselamatan pasien menurut *JCI Accreditation standards for hospital 4th edition* tahun 2010 yang kemudian dimasukkan dalam formulir isian tindakan penerapan *patient safety* dan *ceklist* utilisasi sejak pasien masuk ke Rumah Sakit hingga pasien pulang, sehingga diperoleh gambaran penggunaan layanan untuk *patient safety* sebagai syarat dalam penyusunan suatu *patient safety pathway*.

Karakteristik Pasien

Dari hasil penelitian tersebut diperoleh bahwa pasien *CAD* yang dilakukan tindakan *Percutaneous Coronary Intervention (PCI)* terbanyak pada kelompok umur kurang dari 60 tahun sebesar 13 (54,2 %) dan jenis kelamin laki-laki sebesar 15 (62,5 %) lebih dominan menderita *CAD* dibanding jenis kelamin perempuan 9 (37,5 %). Hal ini sesuai yang dinyatakan oleh Gray, Huon etc. 2012 dalam *Lecture note cardiologist* bahwa penyakit *CAD* jarang terjadi pada perempuan merupakan konsep yang salah walaupun memang jumlah perempuan penderita *CAD* lebih sedikit dari laki-laki.

Lama Hari Rawat

Rata-rata lama rawat pasien *CAD* yang tidak memiliki komplikasi di Instalasi *Brain And Heart Centre* adalah 4,8 hari hal ini sesuai dengan *clinical pathway CAD* yang memiliki lama rawat 5-8 hari. Bila dilihat berdasarkan diagnosis utama dengan *CAD* maka akan lebih cepat lama perawatan 2 hari hal ini dapat

didasarkan pada penerapan *patient safety* terutama pada mengurangi resiko infeksi dan pengawasan terhadap penggunaan obat, hal ini sesuai dengan pernyataan yang diungkapkan oleh Soetoto, tahun 2013 bahwa bila keselamatan pasien diterapkan dengan baik maka angka kejadian yang tidak diharapkan akan semakin berkurang dan mutu pelayanan akan semakin baik yang menjadikan *long of stay* akan dapat menjadi lebih pendek dan terkendali.

Diagnosa Penyakit Penyerta

Dari penelitian ini diperoleh adanya penyakit penyerta yaitu *Hipertensi Heart Disease (HHD)*, *Congestive Heart Failure (CHF)* dan *AV Block* yang dapat mengakibatkan waktu lama rawat lebih panjang, namun untuk pelaksanaan tindakan *Percutaneous coronary intervention* tidak dipengaruhi oleh penyakit penyerta hal ini karena sesuai dengan *clinical pathway CAD* di RS yang bila harus segera dilakukan tindakan intervensi maka tidak dapat ditunda.

Rincian Aktivitas Penerapan 6 Sasaran *Patient Safety CAD Pro PCI* Sesuai *Patient Safety Pathway*

Identifikasi Pasien

- Kegiatan identifikasi pasien dibagian admisi, sesuai dengan standar akreditasi Rumah Sakit (KARS 2011) bahwa pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien dan diperkuat juga menurut Darmawan, 2013 yang menyatakan penggunaan tiga sistem identitas pasien yaitu nama dengan 2 suku kata, tanggal, bulan dan tahun kelahiran serta nomor rekam medis sehingga akan sangat mengurangi kesalahan identifikasi bila memiliki nama pasien yang sama. Petugas dalam mengisi umur pasien tidak melakukan penulisan sesuai panduan atau standar akreditasi yaitu dengan menuliskan tanggal, bulan dan tahun kelahiran. Dari 24 pasien hanya 20 pasien atau sekitar 83 % saja yang menuliskannya sesuai standar hal ini menunjukkan masih kurangnya pengetahuan petugas dalam penulisan tanggal, bulan dan tahun kelahiran, dan masih kurangnya sosialisasi mengenai panduan keselamatan pasien terhadap petugas admisi mengingat telah ada buku panduan mengenai identifikasi pasien, hasil wawancara juga diperoleh bahwa petugas belum mengetahui

bilamana pasien juga tidak mengetahui tanggal, bulan dan tahun kelahiran sehingga petugas hanya menurut seperti apa yang disebutkan oleh pasien. Penulisan umur menurut penulis dikhawatirkan dapat menimbulkan kesalahan identitas bilamana terdapat nama dan umur yang sama namun dapat mengurangi kesalahan bila nama sama dapat melihat tanggal, bulan dan tahun kelahiran yang memiliki kemungkinan yang sama dan bila mana sama dapat dilihat juga nomer rekam medis.

- b. Proses identifikasi pasien, menurut Cahyono, 2012 bahwa kesalahan identifikasi pasien sangat mungkin terjadi khususnya pelayanan di rumah sakit karena kompleksitasnya pelayanan dan keterbatasan petugas, demikian juga identifikasi yang dilakukan sebelum pemeriksaan penunjang tidak semua pasien dilakukan identifikasi seperti yang dikatakan oleh dr. Daniel Foley dalam Darmawan, 2013 bahwa meskipun anda telah benar 99,99 %, anda tidak ingin mengalami kesalahan 0,01 % yang mengakibatkan cedera, diharapkan dapat tercapai identifikasi 100 % di ruang poli rawat jalan BHC sebagian tenaga medis melakukan identifikasi terhadap 18 (75 %) pasien dan sisanya 6 (25 %) pasien tidak dilakukan identifikasi dengan menanyakan nama pasien sebelum dilakukan pemeriksaan atau tindakan dari hasil wawancara juga dinyatakan bahwa identifikasi sudah dilakukan oleh perawat sehingga pada waktu pemeriksaan tidak perlu diulang kembali, hal ini menunjukkan masih kurangnya pemahaman tenaga medis didalam identifikasi pasien karena hal ini juga dapat menimbulkan kesalahan dalam pemeriksaan terhadap pasien yang seharusnya.
- c. Kegiatan identifikasi sesuai dengan standar akreditasi Rumah Sakit, KARS 2011 menyatakan bahwa maksud dari identifikasi dengan cara yang dapat dipercaya/reliable mengidentifikasi pasien sebagai individu yang dimaksudkan untuk mendapatkan pelayanan atau pengobatan, di ruang perawatan jantung baik di ruang CVCU maupun di ruang kelas sebagian tenaga medis dan tenaga perawat tidak melakukan identifikasi pasien sebelum pemeriksaan hal ini dikhawatirkan terjadi kesalahan dalam mengidentifikasi, petugas kesehatan tidak meminta pasien untuk menyebutkan namanya namun melakukan justifikasi, tindakan ini sangat

rentan terjadi kesalahan terutama bagi pasien yang terdapat gangguan pendengaran maupun pasien yang belum begitu sadar maka dikhawatirkan terjadi kesalahan identifikasi apalagi bila tidak mencocokkan dengan identitas di gelang pasien hingga akan dapat terjadi kesalahan dalam pelayanan atau pengobatan.

- d. Sesuai dengan standar akreditasi Rumah Sakit (KARS, 2011) yang menyatakan bahwa keadaan yang dapat mengarahkan terjadinya kesalahan-kesalahan dalam mengidentifikasi pasien adalah salah satunya mungkin bertukar tempat tidur, kamar, lokasi dalam rumah sakit oleh karena itu harus selalu dilakukan identifikasi, proses identifikasi sebelum dilakukan tindakan PCI di ruang perawatan petugas kesehatan sebagian masih belum sepenuhnya melakukan identifikasi hal ini menunjukkan masih kurangnya pemahaman atau kepatuhan perawat terhadap panduan yang telah dibuat, kekhawatiran terjadinya kesalahan masih dapat terjadi karena belum identifikasi, petugas masih merasa hal tersebut biasa karena hanya sedikit pasien yang akan dilakukan tindakan PCI namun hal ini sangatlah memiliki resiko kesalahan yang besar.
- e. Sesuai Standar akreditasi rumah sakit (KARS 2011) bahwa tahap sebelum dilakukannya insisi atau tindakan invasif atau pelaksanaan *time out* memungkinkan setiap pertanyaan yang belum terjawab atau kesimpangsiuran dibereskan, *time out* melibatkan seluruh anggota tim sehingga permasalahan dapat diselesaikan sebelum dilakukan tindakan invasif Identifikasi, di ruang chateterisasi belum sepenuhnya dilaksanakan dengan baik, pelaksanaan *sign in*, *time Out* dan *sign out* masih tidak sesuai dengan panduan keselamatan pembedahan hal ini menunjukkan bahwa petugas masih belum memahami tujuan dari *sign in*, *time Out* dan *sign out* itu sendiri, petugas merasa bahwa pelaksanaan di ruang chateterisasi sangat berbeda dengan di ruang operasi yang dilakukan pembedahan namun di ruang cahateterisasi ini juga merupakan tindakan invasif yang perlu pengawasan ketat, namun pada dokumentasi berupa *check list* pelaksanaan *sign in*, *time Out* dan *sign out* terisi lengkap hal ini tidak sesuai dengan yang dilaksanakan, semua ini menunjukan bahwa pelaksanaan ini hanya sebagai dokumen untuk

akreditasi saja, namun pada kenyataannya tidak dilaksanakan.

- f. Proses identifikasi setelah dilakukan tindakan PCI di ruang perawatan petugas kesehatan sebagian masih belum sepenuhnya melakukan identifikasi hal ini menunjukkan masih kurangnya pemahaman atau kepatuhan terhadap panduan yang telah dibuat, kesalahan masih dapat terjadi karena belum dilakukan identifikasi, petugas merasa pasien yang melakukan tindakan PCI sedikit namun ini tidak sesuai dengan standar akreditasi Rumah Sakit (KARS, 2011) yang menyatakan bahwa pasien harus selalu dilakukan identifikasi sebelum dilakukan pemeriksaan atau tindakan

Komunikasi Efektif

- a. Pada proses komunikasi efektif menurut Darmawan, 2013 bahwa komunikasi itu penting untuk semua aspek kehidupan, komunikasi efektif adalah dasar saling pengertian dan kepercayaan, salah komunikasi menyebabkan salah pengertian, salah prosedur tindakan dan berdampak terhadap pasien, komunikasi buruk menyebabkan ketidakpuasan pasien dan keluarga sehingga dapat timbul tuntutan, medikolegal dan etika yang dilakukan di ruang perawatan oleh tenaga medis dan tenaga perawat yang dilakukan lewat telepon atau ketika overan pasien tidak sesuai dengan tahapan SBAR, hal ini dikhawatirkan akan dapat menyebabkan sistem komunikasi kurang efektif sehingga dapat menyebabkan salah pengertian, salah langkah, salah prosedur tindakan dokter atau perawat terhadap pasien.
- b. Pada pelaksanaan komunikasi efektif seperti yang dijelaskan oleh Cahyono, 2013 bahwa petugas kesehatan tidak dapat bekerja dengan baik bila tidak berkomunikasi dengan baik. Komunikasi efektif yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh penerima pesan akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Komunikasi dapat berbentuk elektronik (telepon, sms), lisan, atau tertulis. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan kebanyakan terjadi pada saat perintah diberikan secara lisan atau melalui telepon di ruang perawatan sebelum tindakan PCI masih sebagian tidak melaksanakan komunikasi sesuai tahapan

SBAR tidak dilakukan hal ini dikhawatirkan terjadi kesalahpahaman atau kekeliruan terhadap apa yang akan dilakukan terhadap pasien sehingga dapat terjadi kesalahan pasien yang akan dilakukan tindakan invasif.

- c. Sesuai Standar akreditasi rumah sakit (KARS 2011) bahwa tahap sebelum dilakukannya insisi atau tindakan invasif atau pelaksanaan *time out* memungkinkan setiap pertanyaan yang belum terjawab atau kesimpangsiuran dibereskan, *time out* melibatkan seluruh anggota tim sehingga permasalahan dapat diselesaikan sebelum dilakukan tindakan invasif. Komunikasi efektif di ruang Cateterisasi belum sepenuhnya dilaksanakan dengan baik, pelaksanaan *sign in*, *time Out* dan *sign out* masih tidak sesuai dengan panduan keselamatan pembedahan hal ini menunjukkan bahwa petugas masih belum memahami tujuan dari *sign in*, *time out* dan *sign out* itu sendiri, petugas merasa bahwa pelaksanaan di ruang cateterisasi sangat berbeda dengan di ruang operasi yang dilakukan pembedahan namun di ruang cateterisasi ini juga merupakan tindakan invasif yang perlu pengawasan ketat, namun pada dokumentasi berupa *check list* pelaksanaan *sign in*, *time Out* dan *sign out* terisi lengkap hal ini tidak sesuai dengan yang dilaksanakan, semua ini menunjukkan bahwa pelaksanaan ini hanya sebagai dokumen untuk akreditasi saja namun kenyataannya tidak dilaksanakan.
- d. Pada pelaksanaan komunikasi efektif seperti yang dijelaskan oleh Cahyono, 2013 bahwa petugas kesehatan tidak dapat bekerja dengan baik bila tidak berkomunikasi dengan baik. Komunikasi efektif yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh penerima pesan akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Komunikasi dapat berbentuk elektronik (telepon, sms), lisan, atau tertulis di ruang perawatan setelah tindakan PCI masih sebagian tidak melaksanakan komunikasi sesuai tahapan SBAR, tidak dilakukan ini dikhawatirkan terjadi kesalahpahaman atau kekeliruan terhadap apa yang akan dilakukan terhadap pasien sehingga dapat terjadi kesalahan pasien terhadap tindakan atau pengobatan terhadap pasien yang telah dilakukan tindakan PCI ini, demikian juga saat overan pasien (*hand over*)

harus dapat dilaksanakan sesuai tahapan SBAR agar kemungkinan kesalahan dapat dihilangkan.

Keamanan Obat yang Perlu Diwaspadai

- a. Kegiatan untuk keamanan obat yang perlu diwaspadai menurut standar akreditasi Rumah Sakit KARS 2011 dan juga Cahyono, 2014 bahwa untuk mengurangi kesalahan Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS) harus membuat daftar obat *High alert* yang dapat diinformasikan keseluruhan belum ada daftar obat-obatan *High alert* dan *LASA* di ruang perawatan hal ini dapat mengakibatkan ketidaktahuan tenaga medis khususnya perawat terhadap obat-obatan yang termasuk dalam *High alert* atau *LASA*. Dengan ketidaktahuan obat-obat tersebut maka dikhawatirkan dapat terjadi KTD apalagi bila tulisan dari tenaga medis tidak dapat dibaca, masih adanya penulisan tenaga medis pada pemberian obat yang tidak dapat atau sulit dibaca .kemungkinan ini terjadi karena merasa obat-obatan itulah yang sering diberikan jadi perawat akan tahu obat apa yang diberikan hal ini sesuai dengan hasil wawancara dengan tenaga medis bahwa obat-obat itulah yang biasa diberikan, namun hal ini tidak sesuai dengan standar dan panduan untuk keamanan obat.
- b. Proses keamanan obat yang perlu diwaspadai sebelum tindakan PCI ruangan menurut KARS 2012 bahwa permasalahan yang berhubungan dengan tulisan tangan yang tidak terbaca (*illegible handwriting*) dan pemakaian singkatan adalah faktor-faktor kontribusi yang sering terjadi yang menimbulkan kesalahan, masih ditemukan tulisan yang tidak dapat terbaca pada rekam medis pasien hal ini menunjukkan masih kurangnya pemahaman petugas medis dalam memberikan order bila tulisan tidak terbaca akan sangat potensial terjadi kekeliruan dalam membaca sehingga dikawatirkan terjadi kejadian yang tidak diinginkan, apalagi tidak adanya daftar nama obat-obatan yang termasuk memerlukan pengawasan ketat baik *high alert* maupun *LASA*.
- c. Kewaspadaan obat high alert, Sesuai Standar akreditasi rumah sakit (KARS 2011) bahwa tahap sebelum dilakukannya insisi atau tindakan invasif atau pelaksanaan *time out* memungkinkan setiap pertanyaan yang belum terjawab atau

kesimpangsiuran dibereskan, *time out* melibatkan seluruh anggota tim sehingga permasalahan dapat diselesaikan sebelum dilakukan tindakan invasif di ruang Cateterisasi belum sepenuhnya dilaksanakan dengan baik, pelaksanaan *sign in*, *time Out* dan *sign out* masih tidak sesuai dengan panduan keselamatan pembedahan hal ini menunjukkan bahwa petugas masih belum memahami tujuan dari *sign in*, *time Out* dan *sign out* itu sendiri, petugas merasa bahwa pelaksanaan di ruang cateterisasi sangat berbeda dengan di ruang operasi yang dilakukan pembedahan namun di ruang cateterisasi ini juga merupakan tindakan invasif yang perlu pengawasan ketat, namun pada dokumentasi berupa *check list* pelaksanaan *sign in*, *time Out* dan *sign out* terisi lengkap hal ini tidak sesuai dengan yang dilaksanakan, semua ini menunjukkan bahwa pelaksanaan ini hanya sebagai dokumen untuk akreditasi saja namun kenyataannya tidak dilaksanakan.

- d. Proses keamanan obat yang perlu diwaspadai post tindakan PCI menurut standar akreditasi Rumah Sakit KARS 2011 dan juga Cahyono, 2014 bahwa untuk mengurangi kesalahan Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS) harus membuat daftar obat *High alert* yang dapat diinformasikan keseluruhan ruangan masih ditemukan tulisan yang tidak dapat terbaca pada rekam medis pasien yang telah dilakukan tindakan PCI, hal ini dapat juga terjadinya kesalahan ataupun KTD penulisan dalam perencanaan tindakan dan pengobatan yang tidak terbaca menunjukkan masih kurangnya pemahaman petugas medis dalam memberikan order bila tulisan tidak terbaca akan sangat potensial terjadi kekeliruan dalam membaca sehingga dikawatirkan terjadi kejadian yang tidak diinginkan, apalagi tidak adanya daftar nama obat-obatan yang termasuk memerlukan pengawasan ketat baik *high alert* maupun *LASA*.

Ketepatan Lokasi, Prosedur dan Pasien Operasi

Ketepatan operasi, prosedur dan pasien Sesuai Standar akreditasi rumah sakit (KARS 2011) bahwa tahap sebelum dilakukannya insisi atau tindakan invasif atau pelaksanaan *time out* memungkinkan setiap pertanyaan yang belum terjawab atau kesimpangsiuran dibereskan, *time out* melibatkan seluruh anggota tim sehingga permasalahan dapat diselesaikan sebelum dilakukan

tindakan invasif di ruang *Chatetrisasi Laboratory Intervention*.

Di Ruang Chateterisasi ini belum sepenuhnya dilaksanakan dengan baik, pelaksanaan *sign in, time Out dan sign out* masih tidak sesuai dengan Standar keselamatan pasien khususnya di ruang operasi, ruang chatlab walaupun bukan ruang operasi namun ini merupakan ruangan tindakan invasif sehingga segala pelaksanaannya harus mengacu kepada standar keselamatan di ruang operasi, hanya saja pada ruang *chatlab* tidak diperlukan *site marking* karena merupakan organ tunggal yaitu jantung yang akan dilakukan intervensi, namun tindakan lain harus dilakukan seperti *Sign in, Time Out dan Sign Out* hanya pelaksanaannya berbeda seperti pada kasus tindakan pembedahan.

Tidak dilakukannya prosedur *Sign in, Time Out dan Sign Out* menunjukkan bahwa petugas masih belum memahami tujuan dari *sign in, time Out dan sign out* itu sendiri, dan walaupun dilaksanakan seperti hanya kewajiban saja melaksanakan namun tidak sesuai dengan panduan keselamatan pembedahan yang telah dibuat oleh rumah sakit, petugas masih merasa bahwa pelaksanaan di ruang chateterisasi sangat berbeda dengan di ruang operasi yang dilakukan pembedahan namun di ruang chateterisasi ini juga merupakan tindakan invasif yang perlu pengawasan ketat, namun pada dokumentasi berupa *check list* pelaksanaan *sign in, time Out dan sign out* terisi lengkap hal ini tidak sesuai dengan yang dilaksanakan, semua ini menunjukkan bahwa pelaksanaan ini hanya sebagai dokumen untuk akreditasi saja namun kenyataannya tidak dilaksanakan..

Mengurangi Resiko Infeksi

- a. Kegiatan dalam mengurangi resiko infeksi di ruang poli rawat jalan masih sebagian tenaga medis tidak melakukan cuci tangan sesuai tahapan cuci tangan, hasil wawancara dikatakan bahwa yang terpenting menurutnya adalah telah meratanya cairan desinfektan, tidak perlu tahapannya hal ini menunjukkan masih kurangnya pemahaman tahapan cuci tangan dan masih kurangnya kepatuhan untuk melakukan cuci tangan, menurut WHO sesuai dengan standar akreditasi Rumah sakit tahun 2012 bahwa tahapan cuci tangan harus sesuai pedoman *hand hygiene* yang baru-baru ini diterbitkan dan sudah diterima secara umum (a.l. dari WHO *patient safety*).
- b. Pada tindakan mengurangi infeksi di ruang perawatan telah dilakukan cuci tangan sebagai pencegahan penularan atau infeksi namun masih ada sebagian tenaga medis dan tenaga perawat tidak melakukan cuci tangan sebelum melakukan pemeriksaan terhadap pasien hal ini menyebabkan akan terkontaminasi oleh kuman yang berasal dari pasien tersebut dan dapat menularkannya kepada pasien lain yang ditangani kemudian. Hal ini sesuai dengan pernyataan Cahyono, 2012 bahwa Cuci tangan merupakan komponen pencegahan infeksi yang paling penting, bisa menggunakan sabun di bawah air mengalir, atau dengan menggunakan antiseptik/handrub. Bila tangan tampak kotor dan mengandung bahan berprotein menggunakan air mengalir dan sabun. Bila tidak tampak kotor, dekontaminasi dengan alkohol handsrub.
- c. Dalam kegiatan untuk mengurangi resiko infeksi sebelum tindakan PCI terutama pelaksanaan cuci tangan sudah sesuai dengan standar baik tahapan maupun momen untuk melakukan cuci tangan hal ini menunjukkan bahwa pemahaman dan juga kesadaran akan pencegahan infeksi dan penularan penyakit sudah baik karena menurut WHO bahwa Pusat dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi-infeksi lain adalah cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat. Pedoman *hand hygiene* bisa dibaca kepustakaan WHO, dan berbagai organisasi nasional dan internasional.
- d. Proses tindakan untuk mencegah resiko infeksi di ruang Chatlab telah dilakukan sepenuhnya dengan benar terutama pelaksanaan cuci tangan sudah sesuai standar baik dalam tahapan maupun momen pelaksanaan cuci tangan. Dalam hal pencegahan infeksi selama tindakan juga telah sesuai prosedur, hal ini menunjukan bahwa pelaksanaan pencegahan infeksi telah dipahami oleh seluruh petugas di alam ruangan chateterisasi yang memang membutuhkan kesterilan dan pengawasan yang ketat.
- e. Dalam kegiatan untuk mengurangi resiko infeksi post tindakan PCI terutama pelaksanaan cuci tangan sebagian masih belum sesuai dengan standar baik tahapan maupun momen untuk

melakukan cuci tangan hal ini menunjukkan bahwa pemahaman dan kesadaran akan pencegahan infeksi dan penularan penyakit belum baik karena menurut WHO bahwa Pusat dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi-infeksi lain adalah cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat. Pedoman *hand hygiene* bisa dibaca kepustakaan WHO, dan berbagai organisasi nasional dan internasional.

Mengurangi Risiko Jatuh

- a. Kegiatan dalam mengurangi resiko jatuh menurut KARS 2012 dan Darmawan, 2013 bahwa Rumah sakit menerapkan asesmen awal resiko pasien jatuh dan juga bahwa Rumah sakit sebaiknya mengambil langkah yang tepat untuk menangani dan mencegah KTD jatuh ,langkah yang dapat dilakukan meliputi penilaian awal resiko jatuh, asesmen awal resiko pasien jatuh, penataan lingkungan dan sarana, peningkatan pelayanan kepada pasien dan memperbaiki kondisi intrinsik pasien itu sendiri pada pasien yang berada diruang admisi juga telah dilakukan oleh petugas admisi dengan melakukan skrening awal identifikasi pasien jatuh yaitu dengan melihat selintas pasien yang akan melakukan pendaftaran mengenai cara berjalan, atau dibantu dalam berjalan ataupun menggunakan alat bantu dalam berjalan. Sebagian petugas admisi melakukan skrening awal pasien jatuh pada pasien yang melakukan pendaftaran namun masih ada pasien yang tidak dilakukan skrening awal jatuh, hal ini dikhawatirkan dapat terjadi resiko pasien jatuh bila petugas tidak mengetahui keadaan pasien yang akan mendaftar dalam keadaan lemah. Namun rumah sakit di bagian admisi telah menyediakan kursi roda dan brankar yang memiliki pagar pengaman sesuai standar.(100 %) sesuai dengan standar akreditasi Rumah sakit.
- b. Kegiatan di rawat jalan dalam mengurangi resiko jatuh seluruh petugas sudah melakukan pencegahan resiko jatuh hal ini sesuai dari hasil observasi telah dilakukannya asesmen awal resiko jatuh dan juga telah terdokumentasi di asesmen awal pasien. hal ini menunjukkan bahwa pemahaman perawat sudah cukup baik dalam melakukan pengkajian awal resiko jatuh sehingga dapat mencegah terjadinya KTD dilingkungan Rumah sakit, hal ini sesuai dengan pernyataan Darmawan, 2013 bahwa penilaian resiko jatuh adalah upaya untuk mengenali apakah sorang pasien memiliki resiko jatuh sehingga tinadakan pencegahan dapat dilakukan.
- c. Tindakan pencegahan cedera akibat jatuh menurut Darmawan, 2013 bahwa penilaian resiko jatuh adalah upaya untuk mengenali apakah sorang pasien memiliki resiko jatuh sehingga tinadakan pencegahan dapat dilakukan di ruang perawatan telah dilakukan perawat telah melakukan assesment resiko jatuh sesuai panduan keselamatan pasien Rumah Sakit pada setiap pasien yang baru masuk, dalam rekam medis juga terlampir asesment pengkajian awal resiko jatuh hal ini menunjukkan bahwa tenaga kesehatan telah mengetahui pelaksanan pengkajian resiko jatuh agar pasien dapat dikenali apakah mempunyai resiko jatuh sehingga petugas dapat mengambil langkah-langkah pencegahan agar tidak terjadi cedera karena jatuh.
- d. Pencegahan resiko jatuh sebelum pelaksanaan tindakan PCI belum sepenuhnya petugas kesehatan melaksanakan assesment resiko jatuh dengan baik, masih adanya petugas tidak melaksanakan asesmen menunjukkan bahwa kepatuhan dan pemahaman terhadap kemungkinan cedera akibat jatuh masih rendah , petugas hanya melihat secara fisik saja namun tidak dikaji secara mendalam tentang kelemahan pasien yang berpotensi jatuh, sesuai dengan standar akreditasi Rumah Sakit bahwa langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi resiko jatuh bagi mereka yang pada hasil asesmen dianggap berisiko jatuh. Langkah-langkah dimonitor hasilnya, baik keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh dan dampak dari kejadian tidak diharapkan.
- e. Dalam pelaksanaan mengurangi resiko jatuh diruang *chatlab* ini juga sudah sepenuhnya melaksanakan sesuai standar yang meliputi pengkajian resiko jatuh setelah dilakukan tindakan PCI, pemasangan pagar pengaman selama dilakukan observasi, hal ini menunjukkan adanya pemahaman didalam pelaksanaan untuk mencegah cedera yang diakibatkan oleh jatuh.

- f. Panduan nasional keselamatan pasien Rumah sakit oleh Depkes (2006) bahwa pelaksanaan evaluasi untuk resiko pasien jatuh dilakukan secara terus menerus melihat keadaan pasien dan dilakukan pengkajian skala Jatuh dapat dilakukan pada saat pasien masuk RS, setiap hari pada shift pagi, saat kondisi pasien berubah atau ada suatu perubahan dalam terapi medik yang dapat menimbulkan resiko jatuh pada pasien, saat pasien dipindahkan ke unit lain dan setelah kejadian jatuh Pencegahan resiko jatuh setelah pelaksanaan tindakan PCI sudah sesuai standar petugas kesehatan melaksanakan assesment resiko jatuh dengan baik, masih hal ini menunjukkan bahwa kepatuhan dan pemahaman terhadap kemungkinan cedera akibat jatuh sudah baik.

Patient Safety Pathway pada CAD Pro PCI

Dari penelitian ini dapat tersusun suatu draf *Patient Safety Pathway* yang berdasarkan atas semua kegiatan penerapan enam sasaran keselamatan pasien yang dilakukan terhadap pasien *Coronary Artery Disease (CAD)* yang dilakukan tindakan invasif berupa *Percutaneous Coronary Intervention (PCI)* dan rekapan utilisasi segala kegiatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan baik dokter, perawat dan tenaga administrasi dalam menerapkan enam sasaran keselamatan Rumah Sakit sesuai *JCI Accreditation standards for hospital 4th edition, 2010* yang dilakukan sejak pasien datang sampai pasien diperbolehkan pulang dan kembali untuk melakukan kontrol dipoliklinik jantung. Dengan tersusunnya patient safety pathways ini maka dapat memberikan arah atau alur dalam melaksanakan penerapan keselamatan pasien. Bila alur tatakelola ini dilakukan maka mutu pelayanan dan keselamatan pasien akan terjaga. Berdasarkan hal tersebut maka tidak menutup kemungkinan Patient safety Pathway ini dapat diterapkan pada penyakit lain dan juga dapat digunakan sebagai pedoman dalam pelaksanaan standar keselamatan pasien di Rumah Sakit.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Hingga saat ini Rumah Sakit dr. Mohammad Hoesin Palembang belum memiliki *Patient Safety Pathway*, dengan penelitian ini telah tersusun *Patient Safety*

pathway pada penyakit *CAD pro PCI* di RSMH Palembang, Penyusunan *Patient Safety Pathway CAD Pro Percutaneous coronary intervention* di Instalasi *Brain And Heart Centre* RS dr Mohammad Hoesin Palembang dapat dilaksanakan. Aktifitas enam sasaran *Patient Safety CAD Pro Percutaneous coronary intervention* di Instalasi *Brain And Heart Centre* RS dr Mohammad Hoesin Palembang pada setiap ruangan telah mencapai penuh (80 – 100 %) kecuali ketepatan prosedur operasi, lokasi dan pasien (66,7 %). Penyusunan *Patient Safety Pathway* ini dapat menjaga mutu layanan yang aman di Rumah Sakit, khususnya pada pasien CAD yang dilakukan penelitian namun tidak menutup kemungkinan penyakit lain dapat juga diterapkan penggunaan *Patient Safety Pathway* ini. Hal ini menunjukkan bahwa *Patient Safety Pathway* dapat diterapkan di RS dr. Mohammad Hoesin Palembang.

Saran

Rumah Sakit khususnya Komite mutu dan keselamatan pasien Rumah sakit perlu lebih meningkatkan dan mengembangkan program patient safety dengan membuat *Patient safety Pathway* khususnya penyakit yang terbanyak, memiliki resiko yang tinggi dan memiliki biaya yang mahal, membentuk kelompok kerja untuk mengevaluasi pelaksanaan penerapan patient Safety di Rumah Sakit, meninjau kembali kebijakan mengenai pedoman dan SPO yang berkaitan dengan pelaksanaan patient safety di Rumah Sakit yang masih belum diatur.

DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, Azrul. 2010. *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Edisi Ketiga, PT Binarupa Aksara, Jakarta.
- Bidang Pelayanan Medik, Laporan Tahunan 2014 RSMH Palembang.
- Burges JF Jr. 2012. *Innovation and efficiency in health care: does anyone really know what they mean?*, Health Systems.
- Darmawan Hardjodik, 2013 ; *Menuju pelayanan kesehatan yang aman*, cetakan ke 5, kanisius, Yogyakarta.
- Cahyono, Suharjo JB. 2012; *Membangun budaya keselamatan pasien dalam praktek kedokteran*, edisi 5, Kanisius, Yogyakarta.
- Canadian Patient Safety Institute, 2009 ; *The safety Competencies*, first edition, enhancing patient Safety Across the health Professions.
- Departemen kesehatan Republik Indonesia, 2006; *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety)* ; Departemen Kesehatan RI.
- Depkes RI, 2012; *Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019*, Jakarta.
- Depkes RI. Undang Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, Jakarta.
- Depkes RI. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor. 129 Tahun 2009 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, Jakarta.
- Djuhaeni, H. 2009. *Manajemen Pelayanan Medik Di Rumah Sakit*, Jakarta.
- Gray, Huon, et al 2012; *Lecture notes cardiology*, Erlangga Medical series, Jakarta.
- Hana Permata, *Indikator Kinerja Rumah Sakit*, <http://www.kebijakankesehatanindonesia.net/sites/default/files/file/2011/INDIKATOR%20KINERJA%20RSP.pdf>, diunduh 18 Januari 2015.

- Handayani, Siti. 2014; *Patient Safety*, <http://saihandayani.com/2010/10/pasien-safety/html> diakses pada 4 agustus 2014. Jam 20.30 WIB.
- Hughes, Ronda, G. 2008. *Patient Safety and Quality: An Evidence Based Handbook of Nurses*. Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality Publications, diakses 20 Oktober 2014, <http://www.ahrq.gov/QUAL/handbook/>.
- KARS, 2011; *Standar Akreditasi Rumah Sakit*, Direktorat jendral Bina Pelayanan medik, Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI, 2013. *Indikator Kinerja Rumah Sakit Badan Layanan Umum*, Bagian Program dan Informasi Stditjen Bina Upaya Kesehatan Kemenkes RI
- Kementerian Kesehatan RI. 2013 *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014*. Jakarta.
- Laporan Bulanan Bid yanmed RSUP dr. Moh Hoesin Palembang. Laporan bulan September 2014.
- Laporan Semesteran Instalasi Brain And Heart Centre RSUP dr. Mohammad Hoesin Palembang. 2014.
- Laporan Tahunan RSUP dr. Moh Hoesin Palembang Tahun 2014.
- Mardiyoko, Ibnu, 2014; *identifikasi pasien*, Artikel, *center for health information managemen development*.
- Moertjahjo, AAK, 2012; *Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)*. Jakarta.
- Moleong, 2013, *Metodologi Penelitian Kualitatif*, edisi revisi, Penerbit Rosdakarya, Bandung.
- Notatmodjo, S. 2010, *Etika & Hukum Kesehatan*. Penerbit PT Asdi Mahasatiya, Jakarta.
- Richardson DB, *The access-block effect: relationship between delay to reaching an inpatient bed and inpatient length of stay*, MIA 2002, 177:492-495.
- Rivary R.; 2006 *Hubungan Clinical Pathway dengan DRG's Casemic*. INA-version.
- Rivary, R., 2010; *Quo Vadis Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial nasional*, Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan Vol 13.
- Rivary, R. 2009; *Indonesia Diagnosis Related Groups*, Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional Vol.4.
- Rosko MD, Mutter RL, 2010, *Inefficiency Differences between Critical Access Hospitals and Prospectively Paid Rural Hospitals*, Journal of Health Politics, Policy and Law
- Ruiz M, Bottle A, Aylin P, A, 2013; *retrospective study on the impact of the doctors' strike in England on 21 June 2012*, JR Soc Med, 0:1-8.
- Sabanguna, B.S. 2008; *Manajemen Kinerja Pelayanan Rumah Sakit*. Penerbit CV Sagung Seto, Jakarta.
- Scott, Vaughan L, Bell D, 2009, *Effectiveness of acute medical units in hospitals: a systematic review*, International Journal for Quality in Health Care, 21:397-407.
- Singer AJ, MD, ED 2006; *Crowding: Challenges And Solutions*. The Stony Brook Experience, Stony Brook Medicine, New York.
- Stowell A, et al, 2013; *Hospital out-lying through lack of beds and its impact on care and patient outcome*, Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine.
- Sutoto, 2013; *Clinical Pathways sebagai kendali mutu dan biaya dalam sistem pembiayaan BPJS*. Makalah dalam bimbingan akreditasi RS.
- The Australian Council for Safety and Quality in Health Care, 2005; *National Patient Safety Education*, Safety Quality Council.
- Wibowo, 2014; *Metodologi Penelitian Praktis Bidang Kesehatan*, Penerbit Raja Grafindo, Jakarta.
- Wise MP, Frost PJ, 2010 *Hospital mortality and junior doctors' handover: the role of medical schools and consultants*, Q J Med 2010, 103:895-896.
- Wong, JBegkaryan H, 2004; *Strategies for Hospitals to Improve Patient Safety: A review of the Research*, The Change Foundation.
- World Health Organization (WHO) 2009; *Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety*, versi 1.1. final technical report. January.
- Yolanda, EP. 2008. Tesis: *Evaluasi Implementasi Kebijakan Kewajiban Menuliskan Resep Obat Generik Di RSUD Gilegon Tahun 2007*. Program KARS Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia.

Tabel. 1. Distribusi Kelompok Umur dan Jenis Kelamin pada Pasien CAD Pro PCI di Instalasi *Brain and Heart Centre* RSMH Palembang Bulan Maret- April 2015

No	Karakteristik pasien		N (kasus)	Persentase (%)
1.	Umur	< 60 tahun	13	54,2
		≥ 60 tahun	11	45,8
2.	Jenis kelamin	Laki – laki	15	62,5
		Perempuan	9	37,5

Tabel 2. Distribusi Lama Hari Rawat Pasien CAD pro PCI di Instalasi *Brain and Heart Centre* RSMH Palembang Bulan Maret- April 2015

No	Lama hari rawat	N (kasus)	Persentase (%)
1	2 hari	10	41,6
2	3 hari	8	33,3
3	4 hari	3	12,5
4	6 hari	2	8,3
5	9 hari	1	4,2

Tabel 3. Distribusi Penyakit Penyerta CAD di Instalasi *Brain And Heart Centre* RSMH Palembang Bulan Maret- April 2015

No	Penyakit penyerta	N (kasus)	Persentase (%)
1.	CHF	1	20
2.	AV Blok	1	20
3.	HHD	3	60

Tabel 4. Total Penilaian Identifikasi Pasien

Kegiatan	Adm	RJ	Kls	Chlb	CVCU	Tot.	n.max
Sebelum pemberian obat, darah atau produk darah	-	10	5	10	10	35	40
Sebelum pengambilan darah dan spesimen lain utk pemeriksaan	-	5	10	-	10	25	30
Sebelum pemberian pengobatan	-	5	10	5	10	30	40
Sebelum memberikan tindakan	-	5	10	10	10	35	40
Menyiapkan gelang	10	-	-	-	-	10	10
Memasang gelang	-	-	10	-	10	20	20
TOTAL						155	180

Tabel 5. Total Penilaian Komunikasi Efektif

Kegiatan	Adm	RJ	Kls	Chlb	CVCU	Tot.	n.max
Melakukan serah terima pasien	-	-	5	-	10	10	20
Melaporkan hasil pemeriksaan darah	-	5	10	-	10	25	30
Melaporkan hasil EKG	-	5	5	-	5	15	30
Melaporkan pasien baru	-	5	10	10	10	35	40
Melaporkan kondisi pasien	-	5	5	10	10	30	40
TOTAL						115	130

Tabel 6. Total Penilaian Keamanan Obat yang Perlu Diwaspadai

Kegiatan	Adm	RJ	Kls	Chlb	CVCU	Tot.	n.max
Menyimpan obat	-	-	10	10	10	30	30
Menuliskan jenis obat / peresepan	-	5	5	-	5	15	30
Memberikan obat	-	5	10	10	10	35	40
Melakukan pencatatan obat yang telah diberikan	-	10	10	10	10	40	40
TOTAL						120	140

Tabel 7. Total Penilaian Tepat Lokasi, Prosedur dan Pasien

Kegiatan	Adm	RJ	Kls	Chlb	CVCU	Tot.	n.max
Melakukan <i>Sign In</i>	-	-	-	10	-	10	10
Melakukan <i>Time Out</i>	-	-	-	5	-	10	10
Melakukan <i>Sign Out</i>	-	-	-	10	-	10	10
TOTAL						25	30

Tabel 8. Total Penilaian Mengurangi Risiko Infeksi

Kegiatan	Adm	RJ	Kls	Chlb	CVCU	Tot.	n.max
Mencuci tangan sebelum kontak dgn pasien	-	10	10	10	10	40	40
Mencuci tangan sebelum tindakan aseptik	-	10	10	10	10	40	40
Mencuci tangan setelah beresiko kontak dgn cairan tubuh	-	10	10	10	10	40	40
Mencuci tangan setelah kontak dgn pasien	-	5	5	10	10	30	40
Mencuci tangan setelah kontak dgn lingkungan pasien	-	0	0	10	10	20	40
Menjaga kesterilan slang kateter	-	-	10	10	10	30	30
Menjaga kebersihan / kesterilan slang IVFD	-	10	10	10	10	40	40
Memakai spuit sekali pakai	-	10	10	10	10	40	40
TOTAL						280	310

Tabel 9. Total Penilaian dalam Mengurangi Resiko Jatuh

Kegiatan	Adm	RJ	Kls	Chlb	CVCU	Tot.	n.max
Melakukan asesmen resiko jatuh	5	5	10	10	10	40	50
Memasang pagar tempat tidur	-	-	10	10	10	30	30
Menyediakan bel didekat pasien dan mudah dijangkau	-	-	10	-	10	20	20
Memberikan pencahayaan yg terang namun tdk menyilaukan	-	-	10	10	10	30	30
Mengurangi penghalang seperti keset, noda basah dilantai, kain kusut di TT	-	-	5	-	10	15	20
Menyediakan kursi roda / brankar yg bereling	10	10	10	10	10	50	50
TOTAL						185	200

Tabel 10. Patient Safety Pathway CAD

NO	SASARAN	KEGIATAN	UTILITY / RUANGAN	TOTAL U
1	Identifikasi Pasien	Sebelum pemberian obat, darah atau produk darah		
		Sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klini		
		Sebelum memberikan pengobatan		
		Sebelum memberikan tindakan		
		Menyiapkan gelang		
		Memasang gelang		
2	Komunikasi efektif	Melakukan serah terima pasien (<i>hand off</i>)		
		Melaporkan hasil pemeriksaan darah		
		melaporkan hasil EKG		
		Melaporkan pasien baru		
3	Keamanan obat yang perlu diwaspadai	Melaporkan kondisi pasien		
		Menyimpan obat		
		menuliskan jenis obat / peresepan		
		Memberikan obat		
4	Pastikan tepat operasi, prosedur dan pasien	Melakukan pencatatan obat yang telah diberikan		
		Melaksanakan Sign in		
		Melaksanakan Time out		
		Melaksanakan Sign out		
5	Kurangi Resiko Infeksi	Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien		
		Mencuci tangan sebelum tindakan aseptik		
		Mencuci tangan setelah berisiko kontak dg cairan tubuh		
		Mencuci tangan setelah kontak dengan pasien		
		Mencuci tangan setelah kontak dengan lingkungan pasien		
		Menjaga kebersihan / kesterilan slang kateter		
		Menjaga kebersihan / kesterilan pemasangan IFVD		
6		Memakai spuit sekali pakai		
		Melakukan asesment resiko jatuh		

NO	SASARAN	KEGIATAN	UTILITY / RUANGAN		TOTAL U
	Kurangi Resiko jatuh	Memasang pagar tempat tidur			
		Menyediakan bel didekat pasien dan mudah dijangkau			
		Memberikan pencahayaan yang terang namun tidak menyilaukan terutama pada gang, kamar mandi dan jalan masuk			
		Mengurangi penghalang seperti keset, noda basah dilantai, kain yang kusut disamping tempat tidur			
		Menyediakan kursi roda atau brankar yg bereling			
	TOTAL UTILITY				